

CT・MRI・RI 検査予約申込書 兼 診療情報提供書(紹介状)

FAX番号 0897-37-7134

申し込み年月日 西暦 年 月 日

住友別子病院 地域連携室 宛	
受診希望科	<u>放射線診断科</u>
受診希望日	年 月 日
都合の悪い日	()

紹介元医療機関名	
医師名	_____ ⑧
電話番号	_____
FAX番号	_____

ふりがな	性別 (男 ・ 女)
患者氏名	旧姓() 電話番号() -
患者住所	
生年月日 明・大・昭・平・令	年 月 日 (歳)
現在貴院にて (入院中 ・ 通院中)	当院受診歴(あり ・ なし) 住友別子病院 ID(<small>おわりの場合ご記入ください</small>)

※【臨床診断】【検査目的】【その他コメント】は必ずご記入ください

【臨床診断】
【検査目的】
【その他コメント】

CT 検査	頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤部
造影(有 ・ 無)	その他 ()

MRI 検査	頭部 ・ 腹部 ・ MRCP(肝 ・ 膵 ・ 胆管) ・ 脊椎(頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎)
造影(有 ・ 無)	頭部(認知症) ・ 副鼻腔 ・ 骨盤部 ・ その他()

【MRIチェックリスト】注) ペースメーカーを含めた体内金属のある方はMRI禁忌です

- 心臓ペースメーカー
 閉所恐怖症
 ステント
 インプラント
 刺青
 アートメイク
 手術歴 ()

リブレ(血糖値測定器) 使用	有 ・ 無	※センサーを取り外して検査を受け、検査後に新しいセンサーを装着する必要があります
----------------	-------	--

シンチグラフィ	骨シンチ ・ 線条体シンチ ・ 脳血流シンチ(変性疾患) ・ MIBG(変性疾患) その他() ※心筋シンチは循環器科にご紹介下さい
---------	--

医療関係者各位

- 1 造影検査をする場合には造影検査説明・同意書の添付が必要となります。
- 2 当日は保険証を必ず持参していただくようお願いいたします。
- 3 必要がある場合は画像診断フィルム、検査の記録を添付してください。
- 4 患者住所及び電話番号を必ず記入してください。

※予約状況により、ご希望にお応えできない場合があります。連絡の上、予約日時を調整させていただきます。ご了承ください。

お問い合わせ先	住友別子病院 地域連携室	TEL 0897-37-7133(直通)
---------	--------------	----------------------